

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1922-1923. — N^o 127

ESSAI SUR LA SÉMÉIOLOGIE
DU
NERF OBTURATEUR

(TRAVAIL DE LA CLINIQUE DU PROFESSEUR TIXIER)

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 juillet 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ CARBILLET

Né à Beauvais (Oise), le 15 janvier 1898

LE PUY

IMPRIMERIE PEYRILLER, ROUCHON ET GAMON

23, BOULEVARD CARNOT, 23

1923

ESSAI SUR LA SÉMÉIOLOGIE
DU
NERF OBTURATEUR

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1922-1923. — N^o 127

ESSAI SUR LA SÉMÉIOLOGIE DU NERF OBTURATEUR

(TRAVAIL DE LA CLINIQUE DU PROFESSEUR TIXIER)

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 juillet 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ CARBILLET

Né à Beauvais (Oise), le 15 janvier 1898



LE PUY

IMPRIMERIE PEYRILLER, ROUCHON ET GAMON
23, BOULEVARD CARNOT, 23

—
1923

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire MM. HUGOUNENQ
Doyen J. LEPINE
Assesseur ROQUE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE,
TESTUT, FLORENCE A.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale enfantine et orthopédie	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, radiologie et physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique et médicale	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Histologie	BRETIN
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutique générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée et Bactériolog.	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique, Hydrologie et Climatologie	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	MOREAU

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— Propédeutique de gynécolog.	CONDAMIN
— Chimie minérale	BARRAL
— Urologie	GAYET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. PATEL
Embryologie	GRAVIER
Orthopédie	LAROYENNE
Puériculture et hygiène de la première enfance	CHATIN
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G)	NOEL chargé des fonctions.
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	
CADE	COTTE	CORDIER	
GARIN	DUROUX	ROUBIER	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TIXIER, Président. M. PATEL, Assesseur.
MM. LERICHE et BONNET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

En témoignage de profonde affection
et d'infinie reconnaissance, je
dédie ce modeste travail.
Je leur dois tout.

A MA SŒUR

Qu'elle soit assurée de notre
fraternelle affection.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Il nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
notre thèse.

Qu'il reçoive l'expression de notre
vive reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

P. BONNET

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Il nous a inspiré le sujet de notre
travail et guidé de ses précieux
conseils. Nous l'assurons de
notre profonde gratitude.

A MES JUGES

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE LYON

A MES MAITRES
DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

INTRODUCTION

On connaît peu en général la séméiologie du nerf obturateur. Les ouvrages classiques ne signalent guère que la valeur du signe de Romberg dans la hernie obturatrice étranglée, mais la valeur symptomatique des troubles dus à l'irritation ou à la paralysie du nerf obturateur dépasse de beaucoup cette limite. Nombre d'autres affections de tous ordres peut s'accompagner de troubles dans le domaine de ce nerf, il nous a paru qu'il mérite d'être mieux étudié. C'est dans ce but que nous avons entrepris ce travail qui est à notre connaissance la première étude de ce genre. Nous en devons l'idée à M. le Professeur agrégé P. Bonnet qui, depuis plusieurs années, prenant intérêt à ce syndrome, a réuni dans la clinique de M. le Professeur Tixier plusieurs observations dans lesquelles des signes de névralgie obturatrice avaient été notés et étudiés avec soin.

C'est donc une étude séméiologique du nerf obturateur que nous entreprenons ici. Nous avons, pour l'édifier, recueilli ça et là à titre d'exemples quelques observations et nous ne prétendons pas apporter un travail complet.

C'est ainsi que nous n'aborderons pas l'étude des syndrômes du nerf obturateur relevant de lésions radiculaires ou médullaires, sans doute d'un gros intérêt pratique : nous nous contenterons de signaler ici les tentatives de résections du nerf obturateur dans les contractures des maladies de Little (1).

Notre travail n'envisagera donc que les très grandes lignes d'un chapitre de séméiologie tout entier à faire. Nous nous estimerons suffisamment récompensé de l'effort que nous avons fait pour l'édifier, si nous parvenons à attirer l'attention sur la séméiologie de ce nerf.

Arrivé au terme de nos études médicales, ce n'est pas sans une certaine émotion que nous adressons le témoignage de notre profonde reconnaissance à tous ceux qui furent nos maîtres.

Qu'il nous soit permis de témoigner à M. le Professeur Tixier l'expression de tous nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous fit en acceptant la présidence de notre thèse. Son enseignement clinique nous fut de plus grand profit. Nous aimions recevoir les conseils qu'il savait graver dans notre mémoire, le souvenir de sa bienveillance nous restera toujours.

Qu'il nous soit permis d'offrir à M. le Professeur agrégé P. Bonnet l'expression de notre gratitude. Nous avons trouvé auprès de lui le plus aimable accueil. Il a été pour nous un guide précieux et bienveillant au cours du travail qu'il nous avait confié.

(1) Lauenstein. Centr. für Chir. 1892. — Maucilaire. Soc. de chir. Paris. Bull. du 28 nov. 1922. — Bruce Bill. J. of orthopedic surg. Fév. 1921.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE DU NERF OBTURATEUR

Définition. — Branche terminale du plexus lombaire, le nerf obturateur est un gros nerf mixte. Son importance s'explique lorsque l'on considère la masse musculaire qu'il doit innerver (tous les muscles adducteurs, sauf le pectiné).

A) **Origines.** — Il naît ordinairement des II^e, III^e et IV^e racines lombaires, les rameaux issus des III^e et IV^e étant les plus importants. Celui de la II^e peut manquer : par contre, il peut recevoir des filets des I^e et V^e, jamais la XII^e dorsale ne lui en envoie. Severeano l'a vu naître directement du crural.

B) **Trajet.** — Après avoir cheminé tout près de la face latérale de la V^e vertèbre lombaire, il gagne le petit bassin, en passant en arrière des vaisseaux iliaques primitifs, suit la paroi latérale de l'excavation, s'engage enfin dans le canal sous-pubien, où il se termine en deux branches destinées aux muscles et téguments de la région interne de la cuisse.

C) **Direction.** — Dès sa naissance, lorsqu'il longe la V^e vertèbre lombaire, il suit une direction verticale de

haut en bas. Arrivé dans l'excavation, il décrit une vaste courbe dirigée en bas et en avant, présentant d'abord une légère concavité regardant en dehors, puis une autre concavité beaucoup plus marquée regardant en dedans. Cette disposition (à gauche) rappelle celle d'un *S* très allongé.

D) **Rapports.** — a) *Dans la région lombo-iliaque.* Comme le plexus dont elles font partie, les racines de l'obturateur sont situées dans le fond même de l'angle vertébro-costiforme, lequel est comblé par le psoas. « Or, c'est entre les faisceaux antérieur et postérieur de ce muscle qu'existe un espace cellulaire où elles sont contenues, espace vertical très peu étendu dans le sens transversal, où l'on trouve bientôt une intricacion des différents faisceaux entre lesquels s'engage le nerf » (1).

b) *A son entrée dans le bassin.* Après avoir émergé du bord inféro-interne de ce muscle, il croise l'articulation sacro-iliaque en passant devant elle, cheminant alors entre le crural en dehors, toujours engagé dans le psoas, et le tronc lombo-sacré en dedans. A ce niveau, on peut l'apercevoir dans le triangle de Marcille.

c) *Dans le bassin.* Cheminant à travers une couche grasseuse n'existant pas toujours chez l'homme, très épaisse au contraire chez la femme où elle se continue avec la masse cellulaire remplissant le canal sous-pubien, il suit la paroi latérale de l'excavation; longeant les environs de l'insertion supérieure de

(1) Bonniot. Anat. du plexus lombaire. Th. de Lyon 1922.

L'obturateur interne, un peu au-dessous de la ligne innommée, il répond ainsi, à sa partie moyenne, au fond de la cavité cotyloïde. Il s'engage enfin dans sa gouttière, où nous le retrouverons tout à l'heure. Dans tout ce trajet, il est recouvert par le péritoine pariétal.

L'artère et la veine obturatrices cheminent au-dessous de lui, pour le suivre jusqu'à sa terminaison. D'abord assez éloignées de lui, elles s'en rapprochent peu à peu et finissent par s'y accoler, au niveau de l'orifice profond du canal sous-pubien. Sont disposés dans l'ordre suivant, de bas en haut : veine, artère et nerf. Il fait enfin un angle très aigu avec l'artère ombilicale.

Il contracte en outre des rapports très importants avec le groupe obturateur des ganglions pelviens. (Dans un travail récent, Leveuf et Godart figurent *le ganglion du nerf obturateur* efférent de la lèvre postérieure du col utérin. *Revue de chir.* 1923, n° 3). En outre Cruveilhier a décrit le ganglion du trou ovaire, situé tout contre l'orifice interne du canal sous-pubien.

Chez l'homme, l'uretère le croiserait devant les vaisseaux hypogastriques.

Chez la femme, il passerait très rarement en avant du nerf (Poirier). A ce niveau, il arrive à la partie supérieure de la fossette ovarienne qu'il traverse, plongé dans le tissu cellulo-grasieux la tapissant : il y suit la face postérieure de l'ovaire coiffé de la trompe, répondant aussi directement aux vaisseaux utéro-ovariens. Il termine enfin son trajet intrapelvien en croisant l'insertion pelvienne du ligament large,

traversant le tissu cellulaire abondant que nous avons signalé.

d) *Dans le canal sous-pubien.* Il y suit une direction en bas, en avant et en dedans, répondant en haut à la gouttière sous-pubienne, en bas aux bords supérieurs des deux feuillets de la membrane obturatrice. Entre ces deux arcades fibreuses se trouve un tissu cellulo-grasieux abondant qui se continue avec celui qui entoure le paquet vasculo-nerveux obturateur.

E) **Terminaison.** — L'obturateur se termine dans ce canal, où il s'aplatit et s'élargit pour donner ses branches assez volumineuses.

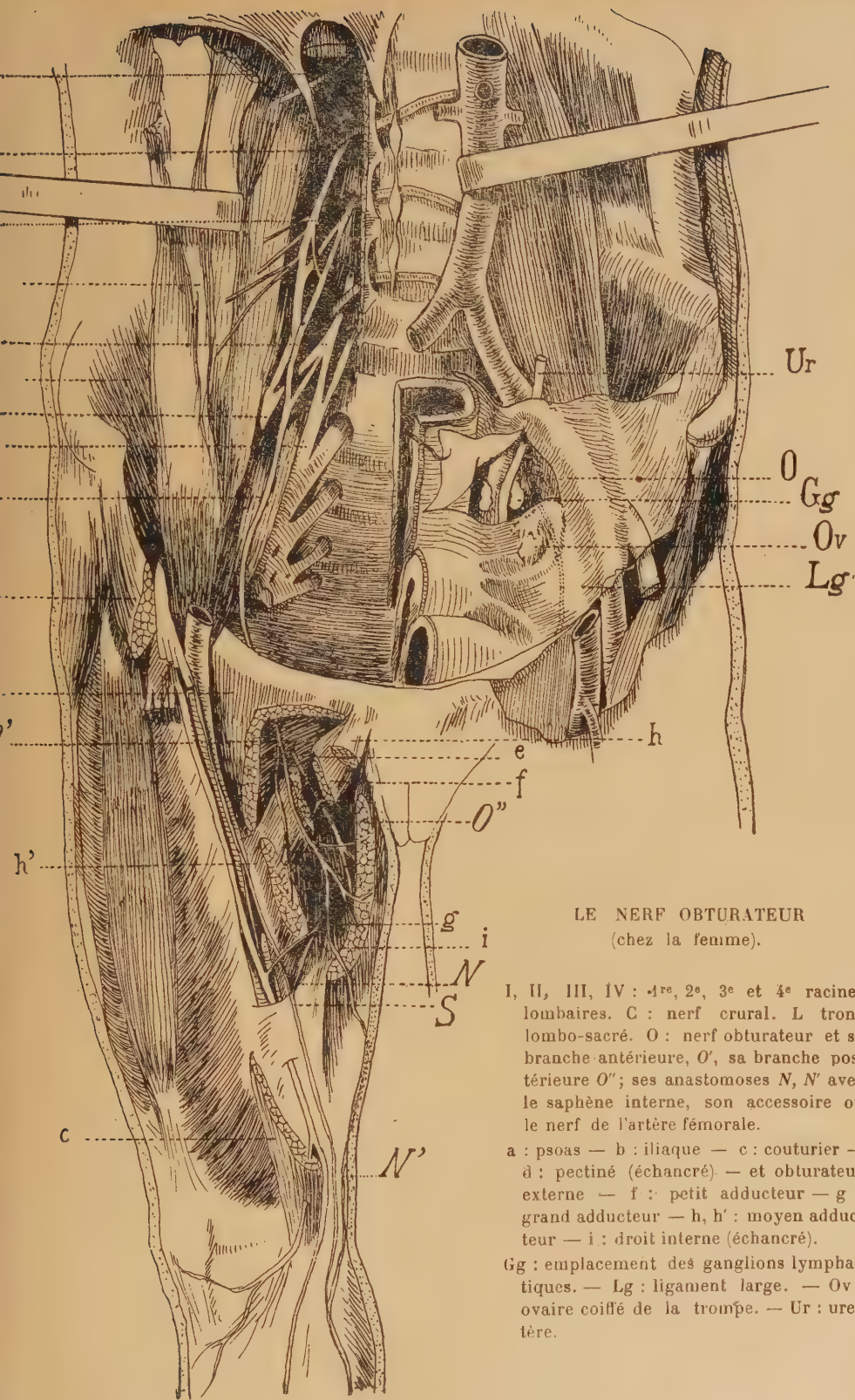
1° *La branche antérieure* suit la direction du tronc : elle sort du canal sous-pubien, chemine entre les muscles pectiné et petit adducteur, puis se divise en un certain nombre de rameaux destinés aux muscles et aux téguments :

1 rameau innervant le petit adducteur par sa face antérieure ;

1 rameau innervant le moyen adducteur par sa face profonde ;

1 rameau pour le droit interne.

Elle donne une longue ramification à situation variable cheminant, soit en avant, soit en arrière du moyen adducteur et s'anastomosant avec le nerf saphène interne ou son accessoire, au niveau de l'anneau du 3^e adducteur. D'après Cruveilhier, elle enverrait toujours un filet à la synoviale du genou. L'ensemble de cette ramification est connue sous le nom de « ramus cutaneus obturatorii ».



LE NERF OBTURATEUR
(chez la femme).

I, II, III, IV : 1^{re}, 2^e, 3^e et 4^e racines lombaires. C : nerf crural. L : tronc lombo-sacré. O : nerf obturateur et sa branche antérieure, O', sa branche postérieure O'' ; ses anastomoses N, N' avec le saphène interne, son accessoire ou le nerf de l'artère fémorale.

a : psoas — b : iliaque — c : couturier — d : pectiné (échancré) — et obturateur externe — f : petit adducteur — g : grand adducteur — h, h' : moyen adducteur — i : droit interne (échancré).

Gg : emplacement des ganglions lymphatiques. — Lg : ligament large. — Ov : ovaire coiffé de la trompe. — Ur : urètre.

2° La *branche postérieure* sort également du canal sous-pubien, suit une direction verticale pour cheminer sous le faisceau supérieur de l'obturateur externe. Elle est donc beaucoup plus profonde que la précédente. Émergeant ensuite de l'interstice compris entre les deux faisceaux de l'obturateur externe, elle se termine dans la masse même du grand adducteur. Elle donne au cours de son trajet :

1° rameau pour l'obturateur externe ;

1° rameau suivant la face profonde du pectiné destiné aux faces antéro-interne et interne de la capsule articulaire de la hanche.

(La disposition de ce rameau a été décrite par Rüdinger, Hirschfeld, Beaunis et Bouchard)-Poirier.

Duzéa a observé, en outre, un filet pénétrant dans l'acetabulum. Enfin Raüber aurait trouvé un filet osseux pénétrant dans le trou nourricier du fémur.

En résumé, l'obturateur est un nerf mixte :

Ses branches motrices innervent la masse des adducteurs.

Ses branches sensibles innervent les téguments de la face interne du genou et même de la jambe par ses anastomoses.

Ses branches articulaires vont à l'articulation de la hanche et parfois au genou.

Il est intéressant de signaler l'existence inconstante de l'**obturateur accessoire** (10 fois sur 100), sur la signification morphologique duquel les auteurs ne sont pas d'accord.

Il fut décrit par Smidt en 1844. Cruveilhier lui préfère le nom « d'accessoire de l'articulation coxo-fémorale ». Paterson le rattache au crural.

Il proviendrait des III^e et IV^e racines lombaires, cheminerait, en l'accompagnant, au-dessous de l'obturateur. Il gagnerait la cuisse en passant en avant et au-dessus de la branche ilio-pubienne pour donner des rameaux au pectiné, à l'articulation de la hanche. Il s'anastomoserait finalement avec l'obturateur (Bonniot).

Nous ne nous étendrons pas davantage sur la description de ce nerf, qui par son inconstance, ne peut être le siège d'aucun phénomène clinique précis.

CHAPITRE II

DESCRIPTION DE LA NÉVRALGIE ET DE LA PARALYSIE DU NERF OBTURATEUR

La **névralgie obturatrice** se traduit par des douleurs qui, d'un point de départ lombaire, iliaque ou sous-pubien, s'étendent plus ou moins sur la face interne de la cuisse pour *atteindre généralement leur maximum d'intensité au genou*. Elle revêt les caractères de crampes ou de fourmillements : les paroxysmes sont des plus pénibles, et les malades en expriment la violence par toutes sortes de comparaisons. Ils ont l'impression de « quelque chose qui parcourt le membre inférieur en se glissant dans la cuisse » — Rotteck. Ils sentent la région interne de leur cuisse brûlée, perforée. Presque toujours, comme nous l'avons dit, on observe de la gonalgie. La malade de Hallows ne cessait de crier « Oh ! que je souffre du genou » (1) ; la malade de Marshall (obs. II) accusait « un cercle brûlant autour de la rotule ». L'anastomose de l'obturateur avec le saphène interne explique pourquoi on a pu observer des irradiations sur la face interne de la jambe et au pied.

(1) In thèse de Berger.

Lorsque les phénomènes sont assez accusés, le malade craint tout mouvement de son membre inférieur : s'il est debout, il évite de poser le pied sur le sol ; s'il est au repos, il maintient sa cuisse en flexion et rotation externe.

Ces crises sont provoquées ou encore exagérées par la pression du doigt exercée sur les points de Valleix, lesquels correspondent dans ce cas :

1° *Au point sous-pubien superficiel*, c'est-à-dire sous le pubis, en dedans des vaisseaux fémoraux ;

2° *Au point sous-pubien profond*, atteint par le toucher vaginal ;

3° *A l'anneau du troisième adducteur.*

Des zones d'hyperesthésie, d'hypoesthésie ont été signalées : l'anesthésie complète semble n'avoir jamais été constatée.

Les troubles moteurs consistent tantôt en des spasmes ou des contractures, tantôt en de la parésie ou de la paralysie des adducteurs, si le nerf est plus gravement lésé. Les muscles commandés par l'obturateur (obturateur externe, droit interne, les 3 adducteurs) représentent les principales puissances chargées de l'adduction. Or « *malgré l'intégrité relative du pectiné et du moyen adducteur qu'innerve partiellement le crural, la paralysie de l'obturateur détermine l'impossibilité de rapprocher et de croiser les cuisses* ». Babinski. La marche est considérablement gênée : le membre inférieur ne se portera plus directement en avant, mais aura tendance à se laisser entraîner en dehors par les antagonistes.

Lorsque le malade veut élever le talon au-dessus du plan du lit, il commence par fléchir la cuisse sur le bassin, puis il la porte en abduction forcée. De plus si la jambe étant à demi fléchie, il amène avec la main le membre en adduction, celui-ci retombe en abduction dès qu'il l'abandonne à lui-même.

Tels que nous les avons trouvés le plus souvent signalés, ces phénomènes réunissaient en somme des signes d'irritation et de parésie.

En résumé, la paralysie des adducteurs détermine, comme l'a exposé Duchenne de Boulogne en une phrase imagée, outre l'abolition de l'adduction proprement dite, l'impossibilité de mettre la jambe en rotation interne, c'est-à-dire de donner au pied « cette position nécessaire à l'écuyer pour éviter de piquer le flanc de sa monture » (1).

Ces troubles doivent être distingués :

a) De ceux qui surviennent dans les domaines des nerfs voisins. La névralgie sciatique est nettement postérieure. La névralgie crurale, beaucoup plus antérieure, est exagérée par la pression sur la malléole interne; l'adduction est intacte (2);

b) Des troubles hystériques, dont l'apparition suit un traumatisme de la hanche, mais n'est pas immédiate (coxalgie hystérique).

(1) Duchenne de Boulogne, *Physio. des mouvements*.

(2) Valleix ne l'aurait observée que deux fois (Brouardel et Gilbert), t. X, p. 169.

CHAPITRE III

VALEUR DE CE SIGNE DANS LA HERNIE OBTURATRICE ÉTRANGLÉE.

Historique. — La première observation de hernie obturatrice où il est question de ces phénomènes douloureux fut publiée par *Wetterfield* en 1840. Il s'agissait d'une femme âgée, qui après avoir ressenti une violente douleur au niveau de la fosse iliaque gauche présentait bientôt des signes passagers d'obstruction intestinale. Trois mois plus tard, une crise semblable éclatait chez cette malade : mais cette fois, l'attention du chirurgien fut attirée sur une irradiation douloureuse parcourant le membre inférieur gauche. L'examen des orifices herniaires fut négatif. La mort survint au 5^e jour : *Wetterfield* trouva à l'autopsie une hernie obturatrice gauche étranglée du volume d'une noix.

La même année, *Howship* eut l'occasion d'observer un cas analogue.

Enfin, en 1847, **Romberg** publia une observation beaucoup plus démonstrative.

Observation I.

Romberg. In « *Operative Chirurgie von Dieffenbach* ».

La malade âgée de 50 ans, d'une constitution faible, mère de 5 enfants, était affligée d'une hernie crurale dont

elle avait constaté l'apparition au cours d'un effort, 8 ans auparavant. Malgré l'application d'un bandage, elle souffrait de coliques, vomissait, urinait difficilement. Elle ressentait en outre des douleurs au niveau de la région hypogastrique, *lesquelles se propageaient jusque sur la face interne de la cuisse droite. La malade les comparait aux crampes que l'on éprouve parfois dans le mollet : souvent sa jambe s'engourdisait, s'endormait.*

Des douleurs survenant en même temps dans le bras et dans le côté gauche du thorax firent porter le diagnostic de névralgies.

Depuis 2 ans, les coliques disparaissaient bien sous l'effet de la médication calmante, mais la malade restait alors sujette à la constipation.

Souvent, en se penchant en avant, ou, si elle était assise, en soulevant les jambes, elle ressentait une sorte de déclanchement dans l'abdomen.

Trois semaines après une de ces coliques, une douleur plus intense, exagérée par la pression, apparut dans la région cœcale, *la douleur de la cuisse s'accrut également*

Pas de selle depuis 2 jours : purgation sans effet.

Pouls : 96, petit, tendu.

Régions inguinales et crurales normales.

Nouvelles médications purgatives et calmantes inefficaces.

Le lendemain, éructations fréquentes, sécheresse de la bouche, soif intense, faiblesse extrême.

Abdomen augmenté de volume, tympanisme (le cœcum étant submat).

Le 3^e jour, sans aucun doute, il s'agissait de gangrène intestinale : le nez, la langue, les extrémités se refroidirent, le pouls devint irrégulier, à 120. La peau terne ne résistait plus au pincement. Une somnolence légère et

transitoire, puis des vomissements bilieux apparurent.

Le 4^e jour, les extrémités se glacèrent, le poulx devint filiforme, les vomissements fécaloïdes et la mort survint dans le coma.

A l'autopsie, Romberg trouva près du cœcum une petite anse grêle, « de l'importance d'une phalange », engagée dans le canal sous-pubien et rapporta les troubles qu'il avait constatés à la cuisse à la compression du nerf obturateur. Il alla même plus loin et déclara très formel que *« la compression du nerf obturateur doit toujours se produire et provoquer des troubles sensitifs et moteurs dans le territoire de ce nerf, auxquels s'ajouteront les symptômes de l'obstruction intestinale, si le contenu de la hernie est une anse intestinale »*.

En somme, le premier, Romberg considéra les troubles de l'obturateur comme pathognomoniques de l'étranglement de la hernie obturatrice, et le symptôme, qui en effet facilita singulièrement le diagnostic d'une affection grave jusqu'alors méconnue chez le vivant, prit le nom de « *Signe de Romberg* », de « *Wetterfield-Romberg* », « *d'Howship-Romberg* ».

Cette découverte enthousiasma fortement le monde chirurgical, ainsi qu'en témoignent les termes élogieux sous lesquels Dieffenbach exposa cette donnée nouvelle.

« *Mon cher ami a fait par là le plus précieux cadeau à la chirurgie et son observation inédite constitue le plus bel ornement de mon livre* ».

Valeur du signe de Romberg. — Il est capital de rappeler que sa présence nécessite certaines conditions, qu'il peut en outre disparaître en plein cours de l'affection.

A ce sujet, nous ne pouvons que souligner l'exposé que Pavloff en fit dans sa thèse récente, inspirée par M. le Professeur agrégé Bonnet.

Auerbach pensait que l'intensité du « Romberg » était en rapport avec le volume de la hernie. Berger critique cette façon de voir et la considère comme proportionnelle au degré de compression : *celle-ci serait d'autant plus grande que la hernie serait plus petite*. Cette conception renferme une grosse part de vérité. En effet, tout dépend de l'état de l'orifice herniaire. (1).

Normalement le rebord supérieur du feuillet interne de la membrane obturatrice est rigide : chez le vivant, tout organe venant l'oblitérer avec force comprime aussitôt le nerf. Généralement, les petites hernies, consistant dans le pincement latéral d'une anse grêle, provoqueront les plus vives douleurs : celles-ci pourront toutefois être diminuées si des organes mous (épiploon) viennent matelasser l'intestin (2).

Mais le mécanisme du « Romberg » peut être tout à fait différent. Qu'arrive-t-il en effet si la membrane obturatrice s'effondre ? La hernie sera d'abord plus volumineuse (cas de Picqué où le contenu du sac était constitué par une anse intestinale, une trompe et des franges d'épiploon) et se comportera vis-à-vis du nerf obturateur ou plutôt de sa branche antérieure de deux façons : ou bien elle poursuivra librement sa course en laissant cette branche à ses côtés, ou bien elle s'en laissera cravater, la distendra, ce qui provoquera les symptômes douloureux que l'état du canal ne semblait

(1) Bérard.

(2) Pavloff.

plus permettre. En ce cas, sous une influence quelconque (action de se baisser), le nerf est capable de se luxer, ce qui entraîne la disparition de la douleur.

Toutes ces considérations font bien comprendre la variabilité des formes sous lesquelles se manifeste le « Romberg », depuis le simple engourdissement jusqu'à la crampe la plus douloureuse.

Dans un assez grand nombre de cas, il attire l'attention, car les malades s'en plaignent spontanément. Mais souvent, c'est un signe passager du début, qu'il faut rechercher dans les commémoratifs, dans les traces laissées au genou ou à la cuisse par les applications calmantes. *Jaboulay*, puis le *Professeur Bérard* ont insisté sur la nécessité de cette exploration systématique de la douleur. Pour eux, c'est un symptôme d'une grande constance et s'il n'est pas signalé plus souvent dans les observations, c'est qu'on n'a pas songé à le rechercher.

Jaboulay a pu, a trois reprises différentes, reconnaître, par la présence de ce signe concordant avec le tableau clinique de l'obstruction intestinale, des étranglements de hernie ovulaire, dont rien autre à l'extérieur ne traduisait l'origine.

Dans les cas signalés par *Jaboulay et Patel*, de coexistence de hernie obturatrice avec une hernie crurale irréductible, coexistence sur la fréquence de laquelle M. le Professeur agrégé P. Bonnet a insisté dans la thèse de Pavloff, lorsque cette dernière retient seule l'attention, le signe de Romberg, s'il existe, doit à lui seul, faire songer à la coexistence de la hernie obturatrice étranglée.

La malade chez laquelle Van Zwalenbourg fit le diagnostic de hernie obturatrice double en l'absence d'étranglement, souffrait depuis 26 ans de coliques abdominales qui survenaient subitement et s'accompagnaient parfois de nausées et de vomissements :

« Avant les 4 dernières années, la douleur s'irradiait
« parfois dans la cuisse droite ; une douleur semblable,
« mais plus fréquente, s'installa dans la cuisse gauche ».

Le signe de Romberg fut en outre précieux dans certains cas, où les circonstances pouvaient détourner l'attention. Ainsi la malade de Lemoine se plaignait d'un « *nerf léré* », qu'elle rapportait à un ancien traumatisme de la hanche ; celle de Grüneisen présentait un utérus gravide rétrofléchi.

Cependant, comme nous l'avons vu, le signe de Romberg *peut manquer* pour des raisons anatomiques. Körte (1910) constata ainsi la présence d'une hernie obturatrice bilatérale à l'autopsie d'une femme morte d'occlusion intestinale rapportée à une tumeur. Elle n'avait jamais présenté le « Romberg » pendant son affection. Meyer ne le trouve signalé que dans 32 0/0 des cas, Pavloff le trouve positif dans 50 0/0 des observations

De plus, *il peut apparaître au cours d'affections capables de revêtir le masque de la hernie obturatrice étranglée* :

Krönlein crut pouvoir, chez un enfant de 12 ans, porter ce diagnostic. Il s'agissait en réalité d'une collection péritonéale enkystée qui exerçait une compression sur le nerf obturateur et donnait le signe de Romberg

typique. De plus, cet épanchement exerçait sur le rectum une compression, qui était la cause des signes d'occlusion. Le jeune âge et l'élévation de température allaient seuls à l'encontre du diagnostic (1).

Dans le cas d'Eichel, le jeune malade présentait ces mêmes symptômes. De plus on trouvait à la palpation une tuméfaction douloureuse, et le toucher rectal révélait de même l'existence d'une tuméfaction douloureuse au voisinage du trou obturateur. Il s'agissait en réalité d'une ostéomyélite avec abcès, qui siégeait à la paroi antérieure du trou obturateur. L'abcès périrectal entraînait en outre des signes d'occlusion (2).

Un cas analogue fut rapporté par Landerer (2).

En résumé, lorsque la névralgie obturatrice accompagne les symptômes complets et réguliers de l'obstruction intestinale, surtout s'il s'agit d'une femme âgée de plus de 60 ans (80 0/0 d'après Pavloff), elle constituera un signe précieux. Au contraire, si le malade se trouve dans des conditions différentes, d'âge surtout, il faudra avant de conclure, diriger toutes ses recherches vers les autres parties du bassin, vers les annexes chez la femme, à plus forte raison s'il s'agit d'un enfant, s'il y a de la température, il faudra penser à quelque inflammation du voisinage.

Le signe de Romberg n'est donc pas le signe pathognomonique de la hernie obturatrice étranglée. En règle générale, il ne suffit pas à lui seul pour poser le diagnostic, inversement son absence ne s'oppose

(1) L'obs. est reproduite dans le chapitre V.

(2) Ces deux observations sont reproduites dans le chapitre IV.

pas au diagnostic : *c'est le meilleur signe accessoire.*

Pour terminer ce chapitre, nous reproduisons à titre purement documentaire (car l'intervention n'a pas été pratiquée) l'observation particulièrement intéressante de Marshall, pour montrer à quelles erreurs cette névralgie mal interprétée a pu conduire.

Observation II.

Marshall. A case of associated pains in the knee and penis.
(In Boston med. and surg. journal 1919).

Le malade, de constitution et d'âge moyens, sans antécédent notable, se plaignait d'éprouver une douleur apparue progressivement dans le domaine du nerf honteux interne sans cause apparente. Il ressentait également *de vives douleurs à la face interne du genou, encerclant la rotule pendant leurs paroxysmes.* La douleur variait dans les mêmes proportions à ces deux niveaux. Depuis 2 ans, ses névralgies subintrantes, brûlantes, n'avaient pu être améliorées.

Un examen cystoscopique ne décela rien d'anormal. Des dilatations urétrales furent néanmoins pratiquées, mais ne furent suivies d'aucun résultat.

Un examen radiographique fut négatif.

Finalement, soupçonnant une obstruction des vésicules séminales, on procéda à leur ablation. Un soulagement immédiat s'ensuivit, mais les douleurs réapparurent dès que le malade se leva.

Un examen neurologique fut négatif.

État actuel : Aucun signe objectif. Radio négative. Rien au genou.

L'application de bandages divers dans le but de resserrer les articulations du bassin reste sans résultat. En

poussant plus loin l'interrogatoire, on apprend qu'en dehors de ces crises douloureuses, le malade est capable d'exercer sa profession de tapissier. Il parvient à diminuer sa douleur par la marche, la position assise prolongée et par les bains.

Rien ne peut faire penser à une inflammation osseuse ou articulaire, ni à une tumeur.

On envisage la possibilité d'une hernie obturatrice. Après avoir mis le malade dans le décubitus dorsal, les cuisses demi-fléchies en abduction, on découvre à la pression exercée par le doigt au niveau du trou obturateur gauche, derrière l'insertion des adducteurs, une tuméfaction non douloureuse, nettement localisée, dont le malade ne s'était jamais aperçu. Il n'y avait du reste aucun signe objectif.

On trouve également une certaine laxité au niveau de l'échancrure sacro-sciatique gauche.

Un bandage comprimant les orifices obturateur et sacro-sciatique gauches est appliqué, mais ne peut être supporté.

En raison de cette tuméfaction localisée au niveau du trou obturateur et devant la variabilité de la douleur, on porte le diagnostic de hernie obturatrice réductible, exerçant une pression intermittente.

CHAPITRE IV

VALEUR DE CE SIGNE DANS LES LÉSIONS DU BASSIN OSSEUX OU DE LA CEINTURE PELVIENNE

L'obturateur peut être intéressé au niveau de la région post-cotyloïdienne, de la gouttière sous-pubienne, ou simultanément en ces deux zones ce qui est plus rare. Nous envisagerons donc cette étude :

Au cours des **lésions traumatiques** (enfoncements du cotyle par la tête fémorale), (fractures verticales du pubis).

Au cours des **lésions inflammatoires** (ostéomyélite, coxalgie).

Au cours de l'évolution des **tumeurs**.

I. AU COURS DES LÉSIONS TRAUMATIQUES

1° **Dans les fractures de la cavité cotyloïde et les luxations intrapelviennes de la tête fémorale.** — A propos de ces fractures, lesquelles s'accompagnent fréquemment d'un enfoncement plus ou moins considérable de la tête fémorale dans le bassin, les troubles de l'obturateur ont été signalés de très longue date (Morel Lavallée 1851). En raison de ses rapports immé-

diats, ce nerf peut être lésé par les fragments osseux ; il peut même n'être soulevé que par une simple esquille (Lawson) ; il peut enfin être distendu par la tête fémorale. Plus tard (comme pour les fractures du pubis), le col peut l'enserrer (Lendrick) et provoquer ainsi des névralgies de la hanche et du genou, parfois mal interprétées. Ainsi, dans le cas suivant, *on avait pensé à une coxalgie.*

Observation III.

Morel-Lavallée, 1851 (Th. de Virevaux, Lyon, 1899).
Des enfoncements traumatiques de la cavité cotyloïde.

Un homme fit une chute sur la hanche. On le traita pour une fracture du col du fémur. Il put marcher avec une légère claudication. Le membre lésé présentait un raccourcissement de 15 centimètres. Le blessé survécut à l'accident un grand nombre d'années. Pendant ce temps, il avait éprouvé dans la hanche des douleurs qui avaient fait croire à une affection articulaire.

A sa mort, on trouva le fémur sain, une fracture multiple des os du bassin. Le pubis s'était consolidé avec un raccourcissement de « 6 lignes ». L'ischion avait été aussi fracturé. La tête du fémur était entrée de plus d'un pouce dans le bassin. Elle y était retenue par une espèce de capsule ligamenteuse de nouvelle formation *sur laquelle s'appuyait le nerf obturateur distendu, ce qui expliquait les vives douleurs dont le malade se plaignait quelquefois et qui avaient fait croire à une coxalgie.*

Observation IV

(Th. de Virevaux).

Quinze mois environ après une chute sur le côté droit

du corps, le blessé n'éprouve aucune douleur quand il est au repos. La marche est possible, sans gêne trop apparente : mais le blessé se fatigue vite et après une marche un peu prolongée, il accuse des douleurs au niveau et autour de la rotule et à la partie interne de la cuisse. *On trouve les signes de la névralgie du nerf obturateur* (points sous-pubien et au niveau de l'anneau du 3^e adducteur).

Observation V

(Th. de Boyer, Montpellier, 1912).

Contribution à l'étude des fractures de la cavité cotyloïde.

M^{me} X... est renversée de voiture le 15 mai 1907 et tombe sur la hanche gauche de 1 m. 50 environ. Immédiatement après l'accident, elle ne peut se relever et se plaint d'une très vive douleur *dans le genou*. Elle est vue par un médecin qui diagnostique une fracture du fémur et place le membre lésé dans une gouttière en extension continue.

Deux mois après, la malade se levait et vaquait à ses occupations. Il persistait néanmoins une boiterie considérable : de plus la malade se plaignait de *violentes douleurs du genou gauche, s'irradiant vers la hanche*.

En mai 1909, *c'est-à-dire deux ans après l'accident, la malade demandant à être traitée pour cette névralgie* est vue à la radiographie. Il y avait eu non pas fracture du col, mais un véritable éclatement du fond de la cavité cotyloïde, avec pénétration de la tête fémorale.

Observation VI

(Chalier, Soc. de chir. de Paris, 1921).

Fracture isolée par enfoncement de la cavité cotyloïde avec luxation intrapelvienne de la hanche.

Un ingénieur de 32 ans expérimentait une motocyclette

le 14 juillet 1920. Il marchait à vive allure, quand à un brusque virage il fut projeté sur le sol, en avant de son véhicule qui le rattrapa et l'atteignit au niveau de la hanche droite. Le choc fut violent, l'impotence immédiate. Appelé auprès de lui le lendemain, je notais ceci :

Douleurs vives surtout dans le domaine du nerf obturateur. Attitude assez particulière du membre inférieur droit : flexion à angle droit de la cuisse sur le bassin, flexion à angle aigu de la jambe sur la cuisse, le pied reposant sur le plan du lit.

Légère rotation externe sans adduction ni abduction. Impotence fonctionnelle complète, la moindre tentative de mouvement réveillant une vive douleur.

Pas d'ecchymose scrotale, mais une bande ecchymotique horizontale à la face externe de la cuisse, un peu au-dessous du grand trochanter, qui paraît élargi et fait une saillie moins marquée que du côté sain. La pression sur ce trochanter est très douloureuse, la pression sur le genou fléchi ne l'est pas. Il est impossible d'étendre le membre, les tentatives d'adduction sont très douloureuses, les tentatives d'abduction le sont moins.

Au toucher rectal, on sent une grosse saillie, qui bombe dans le rectum sur la face latérale droite à 7 ou 8 centimètres au-dessus de l'anus. On a l'impression d'une saillie osseuse dure, mais matelassée en quelque sorte par le muscle obturateur interne et, peut-être, d'un épanchement sanguin.

La radioscopie confirmant le diagnostic clinique montre qu'il s'agit d'une fracture avec enfoncement de la cavité cotyloïde, avec luxation intrapelvienne de la tête fémorale.

Bien intéressante est encore l'observation du Médecin-major Dupont (*Presse médicale*, 1921). En 1915, le

blessé avait été projeté à terre et commotionné par l'éclatement d'une torpille. Il fut évacué pour « contusion de la hanche et coxalgie (?) ». A l'hôpital, on porte le diagnostic de « fractures du bassin et de la branche ischio-pubienne ». Réformé, il se plaint en 1920, c'est-à-dire cinq ans plus tard, d'éprouver de vives douleurs dans la hanche et le genou gauches. Légère claudication. L'examen clinique fait constater de l'hypoesthésie dans le domaine du nerf obturateur. A la radioscopie, fracture du cotyle avec enfoncement par la tête fémorale.

2° Dans les fractures verticales du pubis. — Dans les fractures doubles verticales du bassin, survenant au cours d'un traumatisme considérable, le grand déplacement, le raccourcissement du membre inférieur, les lésions viscérales concomitantes mettent le plus souvent d'emblée sur la voie du diagnostic.

Mais dans la majorité des cas, la fracture simple verticale intéressant la branche horizontale du pubis, seule ou avec la branche descendante, ne se traduit que par un aspect clinique relativement restreint.

Dans cette variété de fractures, le trait porte toujours sur la moitié interne de la branche horizontale (Féré). La gouttière sous-pubienne est alors ouverte et l'obturateur peut être le siège d'une irritation, d'une blessure même, se manifestant par une névralgie et des troubles moteurs, qui apparaîtront soit avec l'accident, soit au cours de la formation du cal, et pourront même s'installer de façon définitive, absolument comme dans les enfoncements du cotyle.

Comme les observations le montrent, les troubles de l'obturateur peuvent occuper le premier plan de la symptomatologie.

Observation VII

(Féré, *Progrès médical*, 1880, résumée).

Étude clinique de quelques fractures du bassin.

Il s'agit d'une femme âgée de 87 ans, admise à l'hôpital pour embarras gastrique. Elle tombe de son lit sur la hanche gauche. Elle se plaint aussitôt de souffrir « *tout le long de la face interne de la cuisse gauche* » et porte la main à la partie inférieure gauche de l'abdomen.

Immobilité. Une demi-heure après l'accident surviennent des vomissements alimentaires, puis bilieux. Mort.

A l'autopsie, on trouve une fracture verticale des deux branches du pubis, avec hémorragie consécutive à une blessure de l'artère obturatrice.

Tel est encore le cas, signalé par le même auteur, d'un blessé victime d'un accident de voiture. Il se plaignait d'éprouver une douleur constante dans le bas-ventre irradiée à la partie interne de la cuisse et du genou : *Quatre mois après, il persistait une névralgie obturatrice avec paroxysmes.*

En 1883, Debrun publie l'observation d'un malade souffrant de douleurs mal localisées dans les membres inférieurs. Brusquement, elles s'étaient limitées à la face interne de la cuisse. La mort survint. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'une fracture des deux branches du pubis, s'étant produite spontanément au cours de l'évolution d'un fibrosarcome de cet os.

En 1921, M. le Professeur Tixier eut l'occasion

d observer un cas de fractures des branches du pubis, où ce signe fut particulièrement recherché et étudié par M. le Professeur agrégé Bonnet.

Observation VIII

(Inédite. Clinique du professeur Tixier, 1921).

Fractures des branches horizontale et ischio-pubienne du pubis.

Le blessé, âgé de 36 ans, est tombé le 15 février 1921 d'un tombereau, après collision avec une automobile. Il a fait une chute d'environ 1 m. 30 et la roue du tombereau lui est passée sur le pied gauche, qui présente une plaie contuse sur sa face dorsale.

Le blessé attire surtout l'attention sur la hanche droite. Il en souffre spontanément beaucoup et *les douleurs irradiant en bas, à la face interne de la cuisse (trajet de l'obturateur)*.

Vu dans son lit, il présente une impotence fonctionnelle partielle du membre inférieur droit. Il ne peut soulever le talon du lit, mais peut fléchir la cuisse sur le bassin et déplacer son membre latéralement. La tête fémorale est en place. Le trochanter est normal : il n'est pas abaissé et garde ses rapports avec la ligne de Nélaton-Roser. Les deux épines iliaques antéro-supérieures sont sur le même plan horizontal, les tentatives de divulsion ou de rapprochement des épines iliaques antéro-supérieures ne sont pas douloureuses.

La recherche des points douloureux montre une douleur très intense à la pression sur la branche horizontale du pubis, en dehors de l'épine du pubis.

La recherche des mouvements passifs de l'articulation de la hanche montre les faits suivants :

La flexion, l'extension, l'abduction, la rotation externe ne sont pas limitées, mais l'abduction devient

douloureuse lorsqu'on l'exagère. *Douleurs au niveau des adducteurs.*

De même, la rotation interne est presque de suite arrêtée. Quant à l'adduction, elle est limitée et lorsqu'on cherche à ramener la position du membre en abduction, il semble que l'on soit arrêté net, comme par une butte osseuse.

Le toucher rectal montre :

1° Un peu d'empatement à droite.

2° Une douleur intense à la pression sur la branche ischio-pubienne droite.

Il n'y a pas d'ecchymose.

Le 17 février, apparition d'une ecchymose occupant la moitié droite du périnée. Il apparaît en outre une ecchymose nummulaire au point déclive du scrotum, à gauche du raphé tout d'abord, puis gagnant tous les jours des deux côtés du raphé.

Les douleurs spontanées diminuent, mais *conservernt leurs irradiations très nettes dans le territoire du nerf obturateur*. La recherche de la sensibilité cutanée du territoire ne montre aucune modification appréciable.

Lorsqu'on demande au blessé d'élever le talon au-dessus du plan du lit, il commence par fléchir sa cuisse sur le bassin, en traînant le talon sur le lit, *puis il porte la cuisse en abduction forcée*. On voit alors se tendre le couturier, en l'absence de toute contraction apparente du droit antérieur et le talon se détache du plan du lit, non par un mouvement d'extension, mais par rotation externe de la cuisse.

Lorsqu'on place et maintient les deux cuisses en abduction et si on commande au blessé de les rapprocher, *on voit se tendre les adducteurs du côté sain, mais aucun relief ne se dessine à leur niveau du côté malade.*

Radiographie : Fracture des deux branches du pubis.

Diastasis sacro-iliaque droit discutable.

Le 7 avril, la guérison est presque complète. Le blessé arrive à détacher facilement le talon du lit : ce mouvement se fait d'une façon particulière, c'est-à-dire que, dans le premier temps, le blessé fléchit sa cuisse en la laissant tomber en abduction et rotation externe, ce qui montre que *tous les adducteurs sont encore en état de parésie*.

Ces observations semblent assez probantes. Dans un traumatisme du bassin, la constatation de ce signe, les renseignements fournis par le toucher rectal, dont elle indique la nécessité, constituent une donnée capitale (1). Avant toute radiographie, elle permet d'apprécier l'état du cotyle et des branches du pubis : elle permet d'éliminer d'emblée les diagnostics souvent délicats de contusion de la hanche et de fracture du col fémoral.

II. AU COURS DES LÉSIONS INFLAMMATOIRES

1° **L'ostéite du pubis** est une affection rare. Elle s'accompagne bien de claudication, d'adduction de la cuisse, mais les irradiations douloureuses sont tellement rares que leur existence a été contestée (Dhéry). Il faudrait en effet que le siège de la lésion soit la gouttière sous-pubienne elle-même et produise sur l'obturateur une action mécanique, ce qui est en effet exceptionnel. Nous avons cependant relevé deux cas, déjà signalés dans le chapitre III, où la névralgie obtu-

(1) Tanton : Fractures du membre inférieur.

ratrice était si manifeste qu'elle avait fait porter le diagnostic de hernie obturatrice étranglée (Obs. IX et X). Un cas d'ostéite chronique fut en outre observé par Ollier, où l'élimination d'un séquestre entraîna de la névralgie obturatrice.

Observation IX.

Landerer. In Centr. für Chir. 1896:

La malade, âgée de 32 ans, entre à l'hôpital le 3 nov. parce qu'elle présente depuis 8 jours des signes d'occlusion intestinale.

Faciès anxieux, ictère : abdomen météorisé.

T. : 40°,3. Pouls : 100.

Elle se plaint de douleurs siégeant au niveau des insertions des adducteurs à gauche, irradiant jusqu'au genou.

La pression exercée sur la région obturatrice gauche est douloureuse. Aux touchers vaginal et rectal, on trouve une résistance diffuse dans la région obturatrice gauche, sans pouvoir conclure malgré cela à la présence d'une hernie.

On admet la possibilité d'un iléus, puis on procède le soir même à une laparotomie exploratrice.

Les anses intestinales sont très gonflées, pâles, jusqu'à une portion coudée dont le segment inférieur, vide, descend dans le petit bassin sur la ligne innominée; il est tordu sur son axe à 180°, soudé très lâchement à la paroi latérale du bassin. On le dégage, il se remplit aussitôt.

Tous les orifices herniaires semblent libres : mais on remarque une certaine tuméfaction dans la région obturatrice gauche : il n'existe pas de fluctuation.

Une mèche de gaze iodoformée est introduite, puis dérivée à l'extérieur. Suture.

Bientôt, selles abondantes et gaz. Le météorisme diminue. La température oscille entre 39° et 40°,3, le pouls entre 80 et 100. On soupçonne une collection de pus dans le bassin. Huit jours plus tard, chute de la température avec suppuration abondante le long de la mèche, que l'on remplace par un drain. La convalescence est pénible. La pression exercée sur la région obturatrice est toujours douloureuse.

Le 29 décembre la fistule s'élargit. En l'explorant, on pénètre dans une caverne, d'où on enlève un séquestre long de 4 cm., épais de 2 cm. : *c'est un fragment du pubis, correspondant au pourtour du trou obturateur.*

Tamponnement à la gaze iodoformée. Guérison.

Observation X.

Eichel. Deut. Gesells. für Chir. 1908.

Un jeune soldat se plaignait d'éprouver *un engourdissement sur toute la face interne du membre inférieur, jusqu'au pied. Vingt jours plus tard, l'engourdissement devint de la douleur, qui devenant elle-même de plus en plus intense força le malade à s'aliter.*

Il y avait en outre une sensation de gêne dans l'abdomen : aucune selle ni gaz depuis la veille.

La nuit suivante, vomissements. Le malade est alors envoyé à l'hôpital.

T. : 39°. Pouls : 110.

Eructations. Météorisme de l'abdomen, lequel n'est pas très sensible à la pression, sauf au niveau de la région supérieure à l'arcade crurale droite. On perçoit une tuméfaction sur la face interne de la cuisse droite, près de la symphyse, sur les adducteurs : elle est très doulou-

reuse, mais ne donne pas l'impression d'être constituée par une anse intestinale.

Au toucher rectal, on trouve également un empâtement contre le trou obturateur, très sensible.

D'après l'histoire de la maladie, les névralgies dans le domaine du nerf obturateur, les signes d'occlusion, on pense à une hernie obturatrice et l'intervention immédiate est décidée.

On ne trouve pas de hernie, même après avoir sectionné la musculature et dénudé le trou obturateur. On se dispose à terminer l'opération, lorsqu'un liquide roussâtre, d'odeur légèrement fécaloïde, s'écoule par le trou obturateur, consécutivement à un toucher rectal.

On admet qu'il peut s'agir d'un étranglement herniaire, s'étant réduit spontanément pendant la préparation du malade.

On procède alors à la laparotomie. Aucune anse intestinale ne présente des traces d'étranglement : rien d'anormal en arrière du trou obturateur. On termine l'opération.

La plaie de la laparotomie guérit par première intention. Le lendemain, la température devient normale, le malade a une selle.

Une ostéomyélite ayant son siège sur le pourtour du trou obturateur, fut opérée dans un second temps.

L'occlusion s'expliquait par une raison mécanique.

2° L'ostéite du cotyle est sans conteste la plus connue : l'ostéite aiguë ne provoque pas d'irradiations, tout au moins au début, c'est le contraire pour l'ostéite chronique dont l'histoire n'est qu'un chapitre de la coxalgie.

Les symptômes observés dans le domaine du nerf obturateur au cours de la coxalgie. — Au début de la coxalgie, comme ce nom même l'indique, la douleur est généralement le premier symptôme dont les malades se plaignent. D'après la description magistrale de Lannelongue, « elle consiste tantôt en une sensation « de gêne profonde rapportée à la région de la hanche, « ou plus bas, à la face interne de la cuisse, au-dessus « du genou, au genou, quelquefois localisée dans le « mollet, le cou de pied, le gros orteil même, tantôt « en une douleur plus vive que les malades comparent « à des piqures d'aiguilles, constante ou rémittente, « absente pendant des heures, pour revenir avec une « lancée soudaine, arrachant des cris au malade ».

La localisation au genou peut même constituer à elle seule tout le tableau clinique, c'est un fait connu depuis longtemps. Ainsi A. Bérard cite le cas d'une malade qui jetait les hauts cris dès qu'on approchait la main de son genou et chez laquelle on ne trouva à l'autopsie aucune lésion, sinon celle de la hanche.

L'origine nerveuse de la douleur du genou n'est pas suffisamment admise pour nous permettre ici une étude sur sa valeur symptomatique en général. Il nous a paru plus intéressant de discuter d'abord cette pathogénie, d'étudier les rapports que la gonalgie pouvait présenter avec les contractures et d'envisager la possibilité de les réunir, comme étant les résultats d'un même processus.

A) *Pathogénie de la gonalgie.* — Ch. Bell, Cruveilhier l'attribuèrent à l'irritation du nerf obturateur ;

Coulson, à la continuité de l'inflammation le long de l'aponévrose du droit interne (?). Richet crut à la propagation de l'infection le long du canal médullaire. Bonnet la rapporta dans beaucoup de cas à la déformation causant une traction sur les muscles et les ligaments, Stroemeyer à un spasme du psoas, Walther et Fricke à la sympathie existant entre les deux extrémités du fémur. Lannelongue lui reconnaît une origine nerveuse, mais sans préciser.

« Les nombreuses ramifications nerveuses dans la synoviale et les ligaments suffisent d'une manière générale à rendre compte satisfaisant de la douleur ».

Dans le « *Treatise on diseases of joints* » (1881), Barwell rapporta une observation bien originale, due à Browdie, rattachant la gonalgie à des troubles du nerf crural, mais pour lui, l'obturateur joue le rôle primordial.

« Un malade souffrait simplement du genou. Un examen approfondi fit découvrir la présence d'un anévrysme de l'artère fémorale. Une ligature fut pratiquée au-dessus de la tumeur qui disparut. La douleur cessa : mais peu après, le malade mourut d'infection. A l'autopsie, on trouva quelques branches du crural à la surface des vestiges de la tumeur. On s'explique ainsi la cause de la douleur et sa disparition. Si la compression exercée par un anévrysme peut causer la douleur, il est infiniment probable que l'articulation coxo-fémorale gonflée produira les mêmes effets ».

Pour Erischen (1868), non augmentée par la pression sur le genou, la douleur proviendrait d'une altération de l'obturateur : au contraire, exagérée par la

pression sur les condyles et le corps du fémur, elle indiquerait une « fémoritis » : si elle coexiste enfin avec un gonflement rapide de la région articulaire et des contractures violentes, elle serait le signe d'une synovite ou d'une inflammation du cotyle.

Dhourdin (1883) estime que cette pathogénie peut très bien être admise, tout au moins, en ce qui concerne les lésions de l'acétabulum, lesquelles se compliquent d'un empâtement des parties molles situées au niveau de la région post-cotyloïdienne. A l'appui de cette opinion, il cite le cas d'un enfant ayant subi la résection de la hanche. Lorsque l'on comprimait légèrement le pansement sur le cotyle, l'enfant criait : « mon genou, mon genou », et ne disait plus rien lorsqu'on appuyait sur l'extrémité correspondante du fémur.

Thomson, Poulet (Congrès de chir. 1885) montrèrent que le nerf obturateur peut s'enflammer par voisinage et peut être aussi englobé dans les tissus altérés, « ce qui permet à la souffrance de se propager jusqu'aux ramuscules terminaux ».

Sur les indications de M. le Professeur Tixier, MM. Latarjet et Duroux étudièrent la gonalgie (1) et aboutirent aux conclusions suivantes :

Il existe : a) une gonalgie statique, profonde, bien localisée : c'est la gonalgie de Bonnet, due à la distention des ligaments.

b) une gonalgie à caractères névralgiques, consécutive à une inflammation nerveuse.

(1) Le genou dans la coxalgie. *Lyon méd.*, 1904, p. 52.

B) *Pathogénie des contractures.* — On a donc considéré la gonalgie en elle-même sans tenir compte du sens que suivent les contractures (Erischen n'envisage les rapports de la gonalgie qu'avec leur intensité). Pourquoi s'établissent-elles tantôt en abduction, tantôt en adduction ? Ce problème fut également le sujet de nombreuses théories.

Vincent (1885) avait remarqué une certaine relation entre les attitudes vicieuses et le siège osseux de la lésion. Pour cet auteur, elles sont le résultat d'influences purement mécaniques exercées par les modes de décubitus.

Chandelux et Duzéa (1886) admettent qu'il s'agit d'un phénomène réflexe. Après avoir constaté la triple innervation de la hanche, c'est-à-dire la présence de filets de l'obturateur pour la partie antéro-interne de la capsule, du crural pour la partie antéro-externe, du sciatique pour la partie postérieure, ils étudièrent le siège de la douleur au début de l'affection. Duzéa réunit des observations dont quatre se rapportaient au type de déformation caractérisée par la flexion, l'adduction et la rotation interne. Chez ces quatre malades, la douleur avait constamment siégé à la partie interne, dans le domaine de l'obturateur. Trois autres malades accusant une douleur rétro-articulaire, en arrière et en dedans du grand trochanter, présentaient une déformation en flexion et abduction.

Le Professeur Poncet constata également cette relation et admit que « si l'articulation commence à être atteinte par sa partie postéro-externe innervée par

« les branches du plexus sacré, les contractures se produiront surtout dans les muscles pelvitrochantériens, d'où abduction et rotation externe. Si au contraire, les douleurs ont débuté en dedans, c'est-à-dire dans les parties innervées par l'obturateur, les contractures réflexes surviendront dans les adducteurs ».

C) *Rapports entre les contractures et la gonalgie.* — Il semblait intéressant de rechercher si un rapport pouvait être établi entre la gonalgie et les contractures, celles-ci étant considérées non pas dans leur intensité, comme le voulait Erischen, mais dans leur sens.

En comparant les résultats radiographiques et des observations diverses, nous avons relevé la statistique suivante :

D'une manière générale, les lésions fémorales ne s'accompagnent pas d'adduction, ni de gonalgie ; d'autre part, la déformation en abduction s'observe sans gonalgie.

a) *Forme fugace* : 2 attitudes en adduction : 2 gonalgies.

b) *Forme sèche* : 8 attitudes en adduction, dont 5 avec gonalgie. A la radio : lésions du cotyle.

c) *Forme grave* (considérée comme peu douloureuse) pas de gonalgie.

Cette coexistence paraît digne d'attention et fait envisager la possibilité d'interpréter dans certains cas, en se basant sur les travaux anatomo-pathologiques connus, ces deux symptômes comme étant les résultats d'une névrite de l'obturateur. Leur existence pourrait faire émettre prudemment, vu la faible statistique que

nous n'avons pu étendre, l'hypothèse qu'elle se rencontre dans deux ordres de lésions : dans les lésions bénignes de la partie antéro-interne de la capsule, si les phénomènes disparaissent par le repos, et dans la carie de la cavité cotyloïde, si les phénomènes se prolongent.

Pour terminer cet exposé, signalons la confusion possible entre la coxalgie proprement dite et la coxalgie hystérique de Browdie, qui elle, se caractérise précisément par l'adduction et l'hyperesthésie du genou. Les stigmates hystériques, l'histoire d'un traumatisme récent, l'examen sous anesthésie pourront la dépister.

III. AU COURS DE L'ÉVOLUTION DES TUMEURS

Le diagnostic des tumeurs extrapelviennes est généralement aisé; cependant il est des cas où le début est marqué par des névralgies pouvant avoir leur importance pour déterminer le siège de la lésion. Ainsi dans le cas de Keardney (1), depuis trois ans, « *c'était surtout à la face interne du genou qu'existait la douleur* » : il s'agissait d'une tumeur extrapelvienne provenant du pourtour du trou obturateur.

Mais lorsqu'elles se développent à l'intérieur du bassin, elles n'attirent pas directement l'attention du malade, qui ne consultera le médecin que pour des phénomènes subjectifs. Il signalera des douleurs névralgiques dans le membre inférieur : il faudra bien

(1) *Gaz. méd.*, 1840, p. 138.

se garder de diagnostiquer une sciatique banale sans pratiquer un examen approfondi.

Il ne faut pas oublier que la région cotyloïdienne est le siège de prédilection des tumeurs secondaires, le néoplasme primitif (cancers de la prostate, du corps thyroïde) échappant souvent à l'observation clinique.

« Le tableau clinique du sarcome de la région cotyloïdienne mérite une mention spéciale. Au début, *« on croit avoir affaire à une coxalgie. L'apparition « précoce des névralgies tenaces dans les nerfs voisins, « jointe à l'intégrité prolongée de la fonction articulaire nous mettront sur la bonne piste »*. — De Quervain.

Erishen rapporte précisément le cas d'un malade chez lequel une douleur irradiée de la hanche au genou lui avait fait penser à une arthrite de l'articulation coxo-fémorale, alors qu'à l'autopsie, il trouva le nerf obturateur inclus dans une tumeur.

Nous relevons également le cas d'hydatidose de l'os coxal observé par Finochetto. Il s'agit d'une jeune femme souffrant depuis deux ans sans cause apparente d'une douleur irradiée au genou, ne se modifiant pas par les mouvements du membre inférieur. Les signes objectifs n'apparurent que beaucoup plus tard. A l'intervention, on trouva plusieurs kystes hydatiques, dont un s'était fixé sur le pourtour du trou obturateur.

CHAPITRE V

VALEUR DE CE SIGNE DANS LES LÉSIONS DES ORGANES INTRAPELVIENS.

Presque toutes les thèses et observations que nous avons parcourues mentionnent bien les névralgies de la cuisse comme très importantes pour le diagnostic de ces lésions, mais précisent rarement leurs trajets. Or l'obturateur est bien disposé pour en subir un retentissement, soit par simple compression, soit par l'envahissement du processus néoplasique ou inflammatoire. Les organes dont les lésions peuvent occasionner ces troubles sont nombreux : pour la commodité de l'étude, nous diviserons la question en trois parties.

Une première partie pour les lésions des organes sous-péritonéaux avec lesquels il est directement en rapport : (l'ovaire, dont il suit la face postérieure, le ligament large, dont il croise la base de l'insertion pelvienne et les ganglions lymphatiques obturateurs).

Une seconde partie pour les lésions intra-péritonéales (abcès enkystés du péritoine, abcès appendiculaires en position rétro-cœcale avec psoïtis, appendicite chronique).

Dans la troisième partie, nous ferons un exposé

rapide des *névrites puerpérales* bénignes, dont ce nerf semble être le siège initial.

A). Dans les lésions sous-péritonéales.

1°) *Dans les salpingo-ovarites.* — « L'aire de la fosse ovarienne est formée par une couche cellulo-graisseuse au sein de laquelle cheminent le nerf et les vaisseaux obturateurs. L'inflammation du nerf obturateur nous explique les douleurs irradiées dans la racine de la cuisse, dont se plaignent souvent les malades atteintes de salpingo-ovarite ». — Testut et Jacob.

Beaucoup de douleurs irradiées au genou que l'on peut observer dans le cours des annexites sont probablement dues à la même cause. Les signes d'irritation de ce nerf devraient, semble-t-il, être recherchés plus systématiquement.

2°) *Dans les kystes, phlegmons et fibrômes du ligament large.* — Une malade, dont l'observation est reproduite dans la thèse de Gau, éprouvait des douleurs intolérables irradiées de la région lombaire à la face interne des cuisses ; elles avaient pour origine la présence d'un kyste hydatique inclus dans le ligament large. L'auteur signale du reste la névralgie obturatrice comme symptôme possible de cette affection.

S. Pozzi rapporte le cas d'une malade qui, sans cause déterminante ou avouée, ressentit une névralgie descendant dans la cuisse jusqu'au genou : il s'agissait d'une périmérite (1).

(1) S. Pozzi. Soc. de chir. de Paris 1886 p. 296.

Dans un cas de M. le Professeur Tixier, l'existence à droite d'une névralgie obturatrice, coïncidant avec un fibrôme bas-situé, avait fait porter le diagnostic de fibrôme intraligamentaire, qui fut vérifié à l'opération. (Nous avons recherché cette observation pour la faire figurer dans notre travail, mais nous avons feuilleté les observations de ces dernières années, sans retrouver celle où ce symptôme est signalé).

M. le Professeur Tixier observa en outre une malade souffrant de névralgie obturatrice accompagnée de troubles moteurs, depuis un accouchement laborieux qui s'était effectué deux mois auparavant. Les névralgies d'abord unilatérales avaient gagné le membre inférieur opposé ; elles étaient entretenues par un phlegmon du ligament large.

Observation XI.

(Inédite. Clinique du Professeur Tixier, 1921).
Phlegmon du ligament large. Guérison spontanée.
Grossesse suivant de près.

La malade, âgée de 30 ans, entre à l'hôpital le 11 juillet 1921 pour suites de couches. A eu un accouchement à terme le 6 mai 1921 ; son enfant est vivant. Elle a été soignée pour de l'infection puerpérale pendant 3 semaines. La température vespérale oscillait autour de 40°. Traitée par des injections intra-utérines, piqûres d'huile camphrée et peut-être un abcès de fixation. Peu à peu l'état s'améliora, mais il persista un état douloureux dans les membres inférieurs, avec un peu de parésie de la jambe droite.

Le 8 juillet elle est vue par son médecin, qui lui conseille d'entrer à l'hôpital, où elle accuse une douleur dans

la fosse iliaque gauche, avec nausées, mais pas de constipation. Beaucoup de gaz. La température à l'entrée est de 38°3.

La malade a le teint jaune, elle est affaiblie, mais non anémiée : elle dit avoir beaucoup maigri depuis son accouchement.

Ventre souple, On ne sent pas d'empâtement même à gauche. Lochies fétides (à signaler que la malade avait avant sa grossesse beaucoup de pertes blanches et quelques douleurs à la miction.

Poumons et cœur normaux.

Antécédents personnels. A déjà eu un enfant vivant. Pour sa première grossesse, albuminurie légère, régime, pas de crise d'éclampsie. La malade qui a des coliques et de la diarrhée dit ne pas se sentir aller à la selle : elle présente depuis son accouchement une déchirure complète du périnée, intéressant le sphincter externe et la cloison recto-vaginale.

20 août 1921. A l'examen, on sent un utérus assez mou, col transversal, le fond est assez difficilement localisable : il semble être en légère rétroflexion et latéroposition droite, mobile, non douloureux. Cul-de-sac latéral droit souple. A gauche, le doigt vaginal sent contre l'os un blindage, très dur, donnant l'impression de materlasser l'os iliaque, présentant une consistance osseuse. Ce blingage occupe toute la fosse iliaque interne.

La malade accuse des crises de névralgies obturatrices. Les douleurs lancinantes s'étendent sur la face antéro-interne de la cuisse jusqu'au genou. Ces douleurs seraient apparues à la cuisse gauche au cours du dernier accouchement, qui a été fait au forceps. A droite, les douleurs ne sont apparues que huit jours plus tard. La malade essaya au bout de quelques jours de marcher, mais elle éprouva des

crampes intenses dans le domaine du nerf obturateur et sciatique, qui l'obligèrent au repos absolu ; de plus, elle ne pouvait faire mouvoir ses jambes que difficilement.

Le 25 mai 1922, la malade est revue enceinte de 5 mois. Localement, le toucher vaginal ne permet pas de retrouver traces de lésions.

3°) *Dans le cancer de l'utérus chez la femme, de la prostate chez l'homme (Legueu), ces douleurs sont fréquentes. Elles résultent le plus souvent de la compression exercée par les ganglions (1). Elles assombrissent ainsi considérablement le pronostic et contraindiquent toute intervention. Dans le cancer de la prostate, elles peuvent être très précoces et survenir à une époque où cet organe n'a pas subi de transformation appréciable (Legueu). Il est intéressant de noter à ce sujet que « du côté de l'appareil digestif, le cancer de la prostate « peut en outre produire des phénomènes de compression du rectum et amener la mort du malade avec « des phénomènes d'occlusion, ce qui donne une allure « clinique tout à fait spéciale ». Rochet et Rossot. Lyon chir. 1911).*

4°) *Un cas de tumeur du rein s'accompagnant de névralgie obturatrice.*

Observation XII.

(Inédite. Clinique du Professeur Tixier, 1922).

Dû à l'obligeance de M. le Professeur agrégé P. Bonnet.

Tumeur du rein.

La malade, âgée de 68 ans, entre dans le service pour tumeur abdominale siégeant dans l'hypocondre droit.

(1) Ganglion principal du nerf obturateur de Leveuf et Godart.

On ne note pas d'antécédents héréditaires nets, mais un frère opéré pour gastropathie et une sœur morte d'un cancer du sein.

Personnellement, rien dans l'enfance. Elle est réglée très tard à 21 ans ; règles peu abondantes, mais régulières, non douloureuses, souvent accompagnées de pertes blanches.

A 28 ans, elle a un premier enfant qui a toujours été en bonne santé.

A 33 ans, un deuxième enfant bien portant également.

Elle se marie à 36 ans. Alors une fausse couche (2 jumeaux) à 7 mois ; un enfant mort à 12 jours et un autre actuellement atteint d'épilepsie.

A 58 ans (1912) cancer du sein opéré de bonne heure avec évidemment ganglionnaire. Rien à signaler depuis, sinon des pertes blanches non douloureuses, sans odeur, survenant à intervalles irréguliers et quelques troubles gastriques avec vomissements.

Ce qui amène la malade, c'est d'avoir beaucoup souffert au niveau de la face interne de la cuisse droite, dans le territoire de l'obturateur, sur la face externe de cette cuisse et dans le flanc droit. Ces douleurs très vives, au point de la faire boiter et d'empêcher la marche, l'ont décidée à consulter un médecin qui fait une radiographie, montrant une tumeur abdominale siégeant dans la fosse iliaque droite, ne semblant appartenir ni au foie, ni à l'utérus.

A l'examen, la malade présente sur les deux jambes d'énormes varices semblant atteindre toutes les veines dans les deux membres. La palpation de l'abdomen montre une tumeur siégeant à mi-chemin de la crête iliaque et de l'ombilic, elle est dure, mobile, suit parfaitement les mouvements respiratoires, *mais elle explique difficile-*

ment la douleur très vive, ce pourquoi, avant tout, la malade vient consulter.

L'idée de coxalgie est écartée par les différents mouvements de l'articulation coxo-fémorale, par la pression sur le cotyle au moyen du toucher vaginal, par la pression sur la tête fémorale.

La palpation de la région montre que la douleur a un siège. C'est sur le trou obturateur au niveau de l'émergence du nerf, que la malade souffre le plus.

Après l'examen, après de nombreuses manœuvres, la malade dit être soulagée (*On a pensé à la possibilité d'une hernie obturatrice*).

L'inspection et la palpation décèlent enfin une hernie réductible qu'il est difficile de dire inguinale ou crurale.

La radiographie ne rapporte rien.

21 août. MM. Bonnet, Bourrat, Janin. Le diagnostic clinique est : noyau épiploïque de généralisation, puisque la malade a été opérée, il y a dix ans d'un néoplasme du sein. Cependant, on fait quelques réserves au point de vue d'une vésicule, car la tumeur est très mobile avec la respiration et s'abaisse parallèlement au foie. On sent bien le contact lombaire, mais ce peut être aussi bien une vésicule perçue au devant du rein.

Aucun symptôme urinaire : pas d'hématurie : pas de variation de quantité d'urine. Pas de signe d'ascite.

Pour cette raison, on décide une laparotomie exploratrice.

On trouve un peu de liquide dans le péritoine. On se rend compte que la tumeur est sous-péritonéale, coiffée d'une quantité considérable de vaisseaux veineux en tête de Méduse. Le côlon ascendant est refoulé en dedans. On peut aborder la tumeur par voie sous-péritonéale ou

latéralement. C'est une tumeur du rein. Le doigt explore rapidement le rein qui peut être enlevé.

Incision du péritoine postérieur. Néphrectomie. Pédicule très épais, très vasculaire, très friable : les vaisseaux néoformés se déchirent au contact du tissu néoformé, qui se trouve ouvert dans la partie la plus profonde du pédicule. Hémostase difficile, non complète.

Drainage par voie lombaire de la loge rénale. Péritonisation en avant, qui remet en place le gros intestin. Fermeture totale.

La malade sort après guérison opératoire. Bonne diurèse.

Nous avons recueilli cette observation pour notre thèse, à cause de la névralgie obturatrice, sans nous rendre compte d'une relation possible d'une tumeur du rein. Mais au moment de classer cette observation, nous nous sommes demandé quelle explication pathogénique on pouvait invoquer pour établir un rapport à cause d'effet entre la tumeur du rein et la névralgie obturatrice, qui était évidente (symptôme souligné dans l'observation). Nous avons été amené à penser que la gêne de la circulation dans les veines du pédicule lombo-ovarien pouvait être une cause de varicocèle pelvien, comparable au varicocèle que l'on observe dans le scrotum, au cours des tumeurs du rein chez l'homme. Le voisinage du pédicule ovarien et du nerf obturateur rend plausible une pareille hypothèse à laquelle nous n'attachons d'ailleurs pas, en l'absence de vérification par les faits, une grande valeur.

B). Dans les lésions intrapéritonéales.

1° *Dans les abcès péritonéaux.* — Comme nous l'avons

vu à propos de la hernie obturatrice, un exsudat pelvien péritonéal peut donner de la névralgie obturatrice, constituant même le plus grand symptôme. « Le tableau clinique de l'un peut simuler le tableau clinique de l'autre ; pour le diagnostic local d'un exsudat péritonéal, le signe de Romberg peut donc quelquefois avoir son importance » — Krönlein.

Observation XIII.

Krönlein. De l'importance du signe de Romberg.
Züricher Clin. chir. 1890.

Un enfant de 12 ans souffrait depuis longtemps sans cause apparente, soit de diarrhée, soit de constipation. Quatre ans avant les symptômes actuels, le malade avait ressenti des coliques assez intenses : on avait pensé à une pérityphlélite : ces douleurs disparurent spontanément.

L'affection actuelle débuta le 4 février à 6 heures du matin, le malade étant au lit.

Douleurs intermittentes dans l'abdomen, devenant atroces. Une selle la veille : 2 selles, 3 vomissements dans la matinée du 4. Les douleurs sè calment, puis reparaisent toutes les 5 minutes. Pouls 80. Temp. normale.

Ventre contracté, rétracté surtout à gauche de l'ombilic, très sensible.

Tympanisme, pas de tuméfaction.

Rate, foie, poumon et cœur normaux.

On prescrit une potion calmante.

À 9 heures vomissements liquides. Urines normales.

La nuit, le malade se plaint de céphalée, mais les douleurs abdominales ont diminué : des enveloppements humides le soulagent.

Le 5 au matin, vomissements liquides, deux mictions difficiles. Pouls 88. T. : 37°8.

A midi T. : 38°2. Le soir T. : 39°2. Pouls 120.

L'abdomen est tendu, le bord supérieur du foie est au niveau de la 6^e côte, son bord inférieur à celui des fausses côtes. Abdomen submat, douleur généralisée : gargouillements pas de selle depuis le 4.

Le 5 au soir, examen du Professeur O. Wyss. *Le malade se plaint de douleurs spontanées siégeant à la face interne de la cuisse gauche* : elles sont exagérées par la pression exercée sur la région obturatrice et par la toux.

Application de glace sur le ventre. T. : 38°4. Pouls 96. Resp. : 48. Nuit agitée.

Le 6 au matin, *douleur dans la profondeur de la cuisse gauche* augmentées par tout mouvement du membre qui a tendance à s'immobiliser.

On pense à une hernie obturatrice.

Le soir, à 9 heures douleurs dans toute la région obturatrice gauche derrière le grand adducteur, contre le trou ovale : légère flexion de la cuisse.

Au toucher rectal, on ne sent pas de tuméfaction au niveau de la région obturatrice.

L'abdomen est moyennement tendu, douloureux à gauche de l'ombilic et au-dessus du ligament de Poupart. La défense est plus accusée, la sonorité est diminuée.

La région iléo-cœcale est normale.

Pas de selle. Vomissements. Langue saburrale. Soif. T. : 38°5 Pouls : 108. Le malade est légèrement abattu.

Après avoir envisagé la possibilité d'une péritonite aiguë ou d'un iléus, vu les antécédents et l'âge du malade, on porte le diagnostic de hernie obturatrice étranglée.

A l'intervention, on trouve un abcès du cœcum et de

l'appendice dans le petit bassin. L'exsudat avait provoqué de l'occlusion en comprimant le rectum.

2° *Dans l'appendicite.* — On connaît la diversité des symptômes sous lesquels l'appendicite est capable d'évoluer. Or la névralgie obturatrice pourra être observée si l'appendice en position rétro-cœcale longe le bord interne du psoas, s'il est comprimé par les adhérences ou encore s'il devient le siège de phénomènes infectieux ou toxiques.

Personnellement, nous nous sommes trouvé en présence d'un malade ayant déjà présenté à plusieurs reprises les symptômes classiques de l'appendicite. Au moment d'être opéré pour une nouvelle crise, spontanément il se plaignit à nous de ressentir une vive douleur à la face interne du genou droit : cette douleur n'avait pas autrement retenu l'attention. A l'intervention pratiquée par MM. les Médecins-majors Bertein et Paitre, on trouva un appendice très adhérent à la paroi iliaque avec psoïtis (1).

Les symptômes nerveux ne semblent d'ailleurs pas exceptionnels, puisque certains auteurs ont récemment décrit une forme nerveuse de l'appendicite, pouvant se manifester sous deux aspects.

a) *L'aspect névralgique*, où la douleur localisée dans les membres inférieurs prédomine : celle-ci constitue même parfois tout le tableau clinique ; à côté d'un abdomen tout à fait silencieux. Comby rapporte l'observation d'un enfant chez lequel la douleur se mani-

(1) Soc. de chir. de Lyon, 12 avril 1923.

festait au genou et s'accompagnait de claudication. Enriquez relate celle d'une jeune malade, chez laquelle on pouvait croire à une coxalgie : la hanche était très sensible et la pression exercée par le toucher vaginal sur l'acetabulum était particulièrement douloureuse.

b) *L'aspect névritique*, où il s'agit d'accidents beaucoup plus sérieux. La première observation, dans laquelle il est question de ce processus, est celle de Raymond et Guillaïn (1905). Il s'agit d'un homme âgé de 39 ans, qui, après avoir présenté une série de crises appendiculaires, fut atteint de névrite de l'obturateur et des nerfs voisins. La même année, Courtellemont reprit la question en apportant une nouvelle observation.

De longues discussions furent ouvertes à ce sujet (Th. de Solirène). S'agissait-il d'une névrite toxique, dont le point de départ siégeait sur le plexus lombaire par simple coïncidence (Marcou), ou bien d'une névrite ascendante par propagation (Raymond et Guillaïn) ? Cette question est en dehors du cadre de notre sujet.

Le fait nous a semblé assez important pour être signalé, à savoir que dans l'appendicite, le nerf obturateur (non exclusivement) peut être touché soit par des névralgies bénignes en elles-mêmes, soit par un processus de névrite grave. Lorsque celle-ci se présente chez un malade ayant des antécédents appendiculaires, il faut y penser, car il peut s'agir non plus d'un symptôme, mais d'une complication sérieuse qu'il importe d'enrayer d'urgence.

C) **En obstétrique.** — Au cours de la grossesse, mais

le plus souvent dans les suites de couches immédiates, des troubles nerveux divers peuvent apparaître dans les membres inférieurs. Ce sont des douleurs uni ou bilatérales, intéressant surtout les régions obturatrices et les faces internes des cuisses ; elles consistent tantôt en une simple pesanteur, tantôt en élancements plus ou moins pénibles exagérés par la marche et sont accrues par la pression exercée sur les points sous-pubiens superficiel et profond. De plus, par cet examen pratiqué alors que la malade n'a encore accusé aucun trouble, on peut déceler la présence de cette affection latente (Th. de Ducasse). Il existe aussi des zones d'hypo ou d'hyperesthésie. Ces phénomènes peuvent en rester là, puis rétrocéder, mais dans les cas plus accusés, des troubles moteurs surviennent. *La parésie frappe les adducteurs*, dont la puissance peut être diminuée au point de ne plus pouvoir vaincre la résistance opposée par un doigt (Bonnaire et Rosenvitz). Ces troubles frappent donc particulièrement le domaine du nerf obturateur, mais dans la suite, ils peuvent très bien gagner ceux des nerfs voisins. Leur évolution bénigne se fait en une quinzaine de jours au plus, ce qui est tout à fait différent de ce que l'on observe au cours des polynévrites aiguës. D'après les auteurs qui l'ont étudiée, cette affection, dont la description n'est qu'effleurée dans les classiques, est loin d'être exceptionnelle.

Hauch fit en 1906 une importante communication à la Société d'Obstétrique de Paris et démontra que sa fréquence atteignait une moyenne de 4 à 5^o/. Plus récemment, Bonnaire et Rosenvitz lui donnèrent le

nom de « Névrite transitoire de l'état puerpéral ».

Très longtemps, on resta d'accord pour assigner à cette névrite une origine exclusivement traumatique. On la considérait comme liée aux accouchements laborieux et produite par la compression exercée par la tête fœtale, par certaines applications de forceps (Lefebvre). Ainsi que l'avait écrit Laville, qui observa ces phénomènes de façon particulière, le nerf obturateur est en pleine sphère d'action, alors que du détroit supérieur, il se dirige vers le canal sous-pubien, comme le nerf lombo-sacré, à l'exclusion des autres nerfs lombaires, ce qui explique les troubles pouvant être constatés en même temps dans la zone du sciatique poplité externe. De même, Velpeau disait : « Le nerf obturateur placé à l'entrée de l'excavation pelvienne subit sa plus forte compression au moment où la tête fœtale franchit le détroit *et rend compte des crampes et douleurs qui se manifestent alors dans l'aîne et le haut des cuisses* (1) ».

Cette interprétation tend à être rejetée. On considère maintenant ces phénomènes, comme étant le résultat d'une légère infection ou auto-intoxication (2) évoluant sur un terrain affaibli par la compression. Les auteurs se basent sur ce fait que les troubles signalés dans la zone de l'obturateur s'observent aussi dans celles des nerfs voisins, qui, eux, ont échappé au traumatisme obstétrical.

Quoi qu'il en soit, c'est un syndrome ayant son im-

(1) Velpeau. Le bassin in : Anatomie chirurgicale.

(2) Voir l'Obs. XI où les troubles sensitifs et moteurs étaient considérablement aggravés par un phlegmon du ligament large.

portance. En effet, il peut arriver qu'une douleur siégeant dans la zone de l'obturateur attire l'attention du clinicien à une date plus ou moins éloignée de l'accouchement. L'observateur doit alors éviter une erreur bien facile à commettre surtout s'il y a de la fièvre. *S'il ne pense qu'aux vaisseaux, d'une façon immanquable il diagnostiquera une phlébite puerpérale à forme atténuée.* « De nombreux cas étiquetés comme formes fugaces et atténuées de phlébites n'ont trait en réalité qu'à de simples névrites méconnues ». Bonnaire et Rosenvitz.

Or, comme dans ce cas, l'exploration surtout vaginale de l'obturateur produit une douleur « particulièrement intense » (Ducasse), il semble logique de considérer les résultats fournis par celle-ci comme utiles.

Notons enfin que la recherche de ce point sous-pubien nécessite une certaine attention en obstétrique. Il est en effet très limité ; la pression devra éviter d'appuyer sur le corps du pubis, car il pourrait ainsi déterminer une certaine douleur liée au relâchement de la symphyse pubienne.

Observation XIV

Laville (Ann. de gynéco, 1879). Résumée.

Contribution à l'étude de la paralysie partielle des membres inférieurs par compression du plexus sacré et du nerf obturateur pendant l'accouchement.

Primipare, d'assez forte constitution. Elle ressent la première douleur de l'accouchement dans la nuit du 30 au 31 mai.

A 3 heures du matin, la tête est dans l'excavation.

A 7 heures pas de progrès sensible.

A midi, col dilaté à 3 cm.

A 6 heures de l'après-midi, col dilaté à 6 cm

A minuit, dilatation du col complète et rupture des membranes. La tête est toujours élevée et fixée; une application de forceps est tentée sans résultat.

Le 1^{er} juin, à 4 heures du matin, nouvelle application de forceps. Le malade se plaint alors d'éprouver de l'engourdissement dans la jambe droite.

A 5 heures dégagement complet, après incisions latérales de la vulve.

Examen du membre inférieur droit.

Mobilité : aucun mouvement n'est possible.

Sensibilité : diminuée sur le dos et la plante du pied.

Le 3 juin, douleurs dans tout le membre. Expulsion de lochies fétides.

Le 4 juin, légers mouvements de flexion du genou, douleur à la surface du pied droit.

Le 6 juin, la jambe à demi fléchie sur la cuisse repose sur sa face externe. *Si la jambe étant à demi fléchie, le talon reposant sur le plan du lit, la malade amène avec la main, le membre en adduction, elle ressent une vive douleur à la partie interne de la cuisse, aussitôt qu'elle l'abandonne à lui-même, il retombe en abduction.*

Sensibilité du pied obtuse.

Le 7 juin, la malade peut porter la jambe en dehors, mais non en dedans. Les lochies sont de moins en moins fétides.

Le 11 juin, l'adduction est possible, mais restreinte.

Le 15 juin, guérison.

CHAPITRE VI

ÉTUDE DE CE SIGNE DANS LES LÉSIONS EXTRAPELVIENNES

Les traumatismes locaux mis à part, il peut s'agir :

1° De lésions de la région lombo-iliaque. — Le mal de Pott peut très bien être l'origine d'un abcès, qui agira sur l'obturateur soit à sa naissance, soit à son passage dans la gouttière sous-pubienne, où il pourra le suivre. « Une malade souffrait de névralgies dues au mal de Pott : elle présenta des douleurs intenses dans la cuisse gauche et une petite tumeur rémittente dans la région obturatrice ». Berger.

2° De tumeurs de la racine de la cuisse. — Ces tumeurs proviennent le plus souvent de l'os iliaque ; nous en avons cité plusieurs exemples dans le chapitre des lésions de la ceinture pelvienne. Or, pour le cas particulier, nous avons lu l'observation d'un cas extrêmement curieux, où le néoplasme bilobé, adhérent au fémur était allé se fixer sur le pubis, puis avait gagné l'excavation pelvienne *en traversant le trou obturateur qu'il oblitéra de façon complète.*

« Les douleurs siégeaient à la partie supéro-interne

« de la cuisse : elles étaient lancinantes (1) ».

3° **De luxation obturatrice de la hanche.** — Les observations et thèses que nous avons consultées ne le mentionnent pas. Nous ne trouvons la névralgie obturatrice signalée que dans le *Traité de diagnostic chirurgical* de De Quervain. « Les douleurs rayonnantes et les paresthésies de la partie interne de la cuisse trahissent une compression du nerf obturateur ». Sans doute, les symptômes sont tellement aigus, qu'il est difficile de rechercher les signes de la névralgie obturatrice.

Ajoutons que dans la luxation ovale, le membre est allongé d'une façon considérable, symptôme qui, seul, évitera une erreur de diagnostic avec la luxation centrale, où la névralgie obturatrice est souvent constatée comme nous l'avons vu.

(1) Sistach, *Gaz. Méd.* Paris, 1860, p. 812.

CONCLUSIONS

La névralgie obturatrice, les troubles parétiques survenant dans le domaine de l'obturateur peuvent être observés au cours d'affections diverses, où ils sont susceptibles d'acquérir une grande valeur séméiologique

a) C'est dans la hernie obturatrice étranglée que la névralgie obturatrice (signe de Romberg) présente une valeur capitale au point de vue du diagnostic. Nous apportons ici une étude de sa valeur séméiologique.

b) Dans les lésions du bassin osseux, ils constituent un symptôme associé d'un très grand intérêt, en particulier :

dans les traumatismes :

1° Enfoncements de la cavité cotyloïde.

2° Fractures verticales du pubis.

dans les lésions inflammatoires :

1° Ostéomyélite.

2° Coxalgie, où la névrite du nerf obturateur a pu être invoquée pour cause de la gonalgie.

dans les tumeurs.

c) Un grand nombre de lésions intrapelviennes peuvent occasionnellement retentir sur le nerf obturateur, indépendamment des causes dues à la grossesse qui sont bien connues.

Nous groupons un certain nombre de faits épars dans la littérature ou recueillis dans la Clinique du Professeur Tixier, dans lesquels la névralgie obturatrice existait, dans le but de montrer que, mieux étudiée dans l'avenir, elle est susceptible d'acquérir une valeur séméiologique réelle.

Le Président de la Thèse,

TIXIER.

Vu : *Le Doyen,*

JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 8 juin 1923.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES ET OBSERVATIONS AUXQUELS NOUS AVONS EMPRUNTÉ LES ÉLÉMENTS NÉCESSAIRES POUR CETTE ÉTUDE

1° Sur l'anatomie et la physiologie du nerf obturateur.

BONNIOT. — Th. de Lyon 1922. Anatomie du plexus lombaire chez l'homme.

BOUCHARD et MÉNARD. — Traité de Médecine, 1905. T. X, p. 267 et 320.

HIRSCHFELD. — Traité et iconographie du système nerveux, 1866.

POIRIER. — Anatomie descriptive.

RICHET. — Anatomie médico-chirurgicale.

TESTUT. — Anatomie descriptive.

2° Sur la production de ce symptôme.

a) Dans la hernie obturatrice étranglée.

BÉRARD. — *Bull. méd.*, 1898. — La hernie obturatrice étranglée.

BERGER. — Th. de Lyon, 1895. La hernie obturatrice.

P. BONNET. — *Lyon chir.*, juillet-août 1922. Séance de la Soc. de chir. de Lyon du 19 janv. 1922 et Th. de Pavloff (Lyon, 1922). Diagnostic de la hernie obturatrice étranglée.

CORNER et HUGGINGS. — *Proceedings of the royal society of medicine*, 1909. Remarks upon obtur. hernia in general.

- DÉNUCÉ. — *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1902.
- DIEFFENBACH. — *Operative Chirurgie* 1848. T. II, p. 619. Die Operation des eingeklemmten Bruches des eirunden Loches (von Romberg).
- GERDES DE JEDER. — *Deut. Med. Woch.*, 1895.
- GRÜNEISEN. — *Archiv. für klin. Chir.*, 1882.
- *HOWSHIP. — *Practical remarks on the discrimination and appear. of the surg. diseases*, 1840.
- JABOULAY et PATEL. — *Traité de chirurgie : Le Dentu et Delbet. La hernie obturatrice.*
- KAPPELIN. — *Loire Médicale*, nov. 1922. Laparotomie pour occlusion aiguë. Hernie obturatrice méconnue.
- KÖRTE. — *Deut. Congress*, 1900.
- LEMOINE. — *Gaz. hebdom.*, 1869. La hernie sous-pubienne.
- MARSHALL. — *Med. and surg. journal*, Boston, 1919. Pains associated of penis and knee.
- MEYER. — *Archiv. für klin. Chir.*, 1904. Hernia obturatoria.
- PICQUÉ et POIRIER. — *Revue de chir.*, 1891 et 1892. La hernie obturatrice.
- PIMBET. — *Th. de Paris*, 1882. La hernie obturatrice.
- VAN ZWALENBORG. — *Surg. gyn. and obst.* Avril 1903. Reports of the radical operat. cure of a double obt. hernia.

b) *Dans les fractures du bassin.*

- BOYER. — *Th. de Montpellier*, 1912. Contrib. à l'étude de fractures de la cavité cotyloïde.
- CHALIER. — *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1921. Fracture isolée par enfoncement de la cavité cotyloïde avec luxa-intrapelvienne de la hanche.
- DEBRUN. — *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1881. Fibrosarcome du pubis.
- DELANNOY. — *Revue de chir.*, 1921. Fracture de la cavité cotyloïde.
- DUPONT. — *Presse médic.*, 16 fév. 1921. Fractures du fond du cotyle.

- FÉRÉ. — *Progrès médical*, 1880. Etude clin. et expér. de quelques fractures du bassin.
- FÉRÉ et PERRUCHET. — *Revue de chir.*, 1889. Etude clin. et expér. sur une névralgie d'origine traumatique du nerf obturateur.
- GUIBÉ. — *Revue de chir.*, 1904. Fracture de la cavité cotyloïde par enfoncement.
- OHANDJANIAN. — *Revue méd. de la Suisse romande*, 1902. Étude sur l'enfoncement de l'acetabulum par la tête du fémur.
- PARIS — Th. de Lyon, 1920. Contrib. à l'étude des fractures de la cavité cotyloïde.
- PROUST. — Précis de patho. chir. T. I. Fracture du bassin.
- TANTON. — Traité de chirurgie : Le Dentu et Delbert, 1916. Fractures des membres inférieurs.

c) Dans les ostéites du bassin.

- BARWELL. — Treatise on diseases of joints 1881, p. 419.
- CHANDELUX ET DUZÉA. — *Soc. des sc. méd. de Lyon*, 1886. Note sur les nerfs de l'articulation coxo fémorale.
- DIÉRY. — *Revue des maladies de l'enfance* 1906. Diagn. et trait. de la tuberculose du pubis.
- DHOORDIN. — Th. d'agrégation, 1883. De la coxalgie acétabulaire et des lésions de la cavité cotyloïde dans la coxalgie.
- EICHEL. — *Verhandl. der deut. Gesell. für Chir.* 1906.
- ERICSHSEN. — Sc. and art of surg. 1877.
- GANGOLFE. — Traité de chirurgie. Le Dentu et Delbet. Coxalgie.
- LANDERER. — *Centr. für Chir.* 1896. Beitr. zur diff. Diagnose der hern. obt.
- LANNELONGUE. — La coxo-tuberculose, 1886.
- LATARJET ET DUROUX. — *Lyon méd.* 1904 p. 52. Le genou dans la coxalgie,
- NICAISE. — Th. d'agrégation 1869. Diagnostic des maladies de la hanche.
- OLLIER. — Traité des résections. T. III p. 927.
- PITHA UND BILLROTH. Handb. der allg. und spec. Chir. 1881. Coxalgie (Erischen).

TIXIER. — Traité de patho. Chir. T. I. Mal. des articulations.

d) Dans les tumeurs de la ceinture pelvienne.

ENISQUE FINOCHETTO. — *Soc. de chir. de Paris*, 1921. Hydatidose multiple de l'os coxal.

KEARDNEY-RODGERS. — *Gaz. méd. de Paris*, 1840 p. 138. Obs. d'une tumeur osseuse naissant du bassin.

DE QUERVAIN. — Traité de diagnostic chirurgical, 1919.

SISTACH. — *Gaz. méd. de Paris*, 1860 p. 812. Note sur le diagn. différentiel du cancer des os et des tumeurs malignes.

c) Dans diverses lésions intrapelviennes.

COMBY. — *Arch. de méd. des enfants*, 1910. L'appendicite chronique chez les enfants.

COURTELLEMONT. — *Soc. de Neuro*, 5 nov. 1908. La névrite appendiculaire.

ENRIQUÉZ. — *Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 27 juin et 18 juillet 1913. La sciatique appendiculaire.

GAU. — Th. de Montpellier, 1903. Des kystes hydatiques du ligament large.

KRÖNLEIN. — *Beitr. zur klin. Chir.* 1899.

MARCOU. — *Arch. gén. de méd.* 1905. T. I p. 2251. La névrite appendiculaire.

RAYMOND ET GUILLAIN. — *Ibid.* Névrite ascendante consécutive à l'appendicite.

SOLIRÈNE. — Th. de Paris, 1906. Complications nerveuses des appendicites.

TESTUT ET JACOB. — *Anat. Topo*, 1922. T. II p. 473.

f) En obstétrique.

BONNAIRE ET ROSENVITZ. — *Presse méd* 1909 p. 657. Des névrites périphériques transitoires de l'état puerpéral.

DUCASSE. — Th. de Toulouse, 1911. Contrib. à l'étude des névrites gravidiques.

HAUCH. — *Soc. d'obst. de Paris* 15 février 1906.

LAVILLE. — *Ann. de gynéco.* 1879. Des paralysies traumatiques des membres inférieurs consécutives à l'accouchement laborieux.

POULIOT ET VIGNES. — *Journal de méd. de Paris*, 1912 p. 18.
Sur un syndrome douloureux bénin au cours de la grossesse.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales de
Dechambre et Lereboullet. 1868.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
INTRODUCTION.	1
CHAPITRE PREMIER. — Anatomie du nerf obturateur.	3
CHAPITRE II. — Description de la névralgie et de la paralysie du nerf obturateur.	10
CHAPITRE III. — Valeur de ce signe dans la hernie obturatrice étranglée.	13
CHAPITRE IV. — Valeur de ce signe dans les lésions du bassin osseux ou de la ceinture pelvienne.	22
Au cours des lésions traumatiques.	22
Au cours des lésions inflammatoires.	36
Au cours de l'évolution des tumeurs.	39
CHAPITRE V. — Valeur de ce signe dans les lésions des organes intrapelviens.	41
Dans les lésions sous-péritonéales.	43
Dans les lésions intrapéritonéales.	48
En obstétrique.	52
CHAPITRE VI. — Etude de ce signe dans les lésions extrapel- viennes.	57
CONCLUSIONS.	59
BIBLIOGRAPHIE.	64

